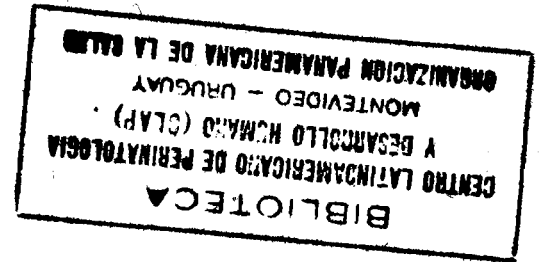


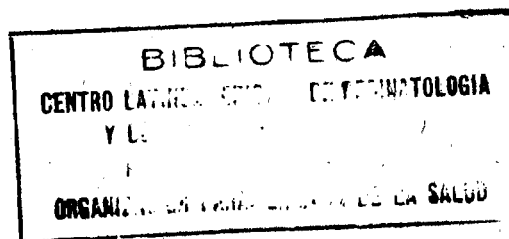
NORMAS PERINATALES DE ASISTENCIA INTEGRAL DE LA EMBARAZADA DIABETICA, DEL PARTO Y DEL HIJO

Dres. BELITZKY, R.
TEMESIO, P.
CUADRO, J. C.
LIEUTIER, G.
BAYCE, M.



CLINICA GINECOTOCOLOGICA "B", FACULTAD DE MEDICINA,
UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA

CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA
Y DESARROLLO HUMANO (C.L.A.P.) OPS/OMS



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

Publicación Científica del CLAP N° 831

MONTEVIDEO - URUGUAY

Agosto de 1979

NORMAS PERINATALES DE ASISTENCIA INTEGRAL DE LA
EMBARAZADA DIABETICA, DEL PARTO Y DEL HIJO.

Dres. Belitzky, R.

Temesio, P.

Cuadro, J. C.

Lieutier, G.

Bayce, M.

Clínica Ginecotocológica "B" (Director Prof. Dr. Mario Olazabal Etulain),

Facultad de Medicina, Universidad de la República

Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP)

(Director Dr. Roberto Caldeyro-Barcia)

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud

Montevideo - Uruguay

Casilla de correo 627

Agosto de 1979

Esta nueva edición corresponde a una puesta al día de las normas de asistencia perinatal para diabéticas que fueron redactadas para ser aplicadas en la Clínica Ginecotológica "B" (Publicación Científica del CLAP N° 573) a partir del 1º de Enero de 1974, bajo la Dirección del Prof. Dr. Seraffín V. Pose.

I N D I C E

Pág.

1.	<u>EQUIPO MEDICO</u>	1
1.1.	INTEGRACION	1
1.2.	FUNCIONAMIENTO	1
2.	<u>POBLACION A ESTUDIAR</u>	1
3.	<u>DIAGNOSTICOS A PRECISAR EN LA GESTANTE</u>	
	<u>DIABETICA O PRESUNTAMENTE DIABETICA</u>	2
3.1.	DETECCION DE LA DIABETES.....	2
3.2.	METODOS DE LABORATORIO A EMPLEAR EN EL RECONOCIMIENTO DE LA DIABETES.....	2
3.3.	CLASIFICACION DE LA DIABETES.....	3
3.4.	DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA ASOCIADA CON LA DIABETES.....	6
3.5.	DIAGNOSTICO DE POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LA GESTACION.....	6
4.	<u>PROCEDIMIENTOS</u>	7
4.1.	PROCEDIMIENTOS GENERALES.....	7
4.2.	CONDUCCION DE LAS PACIENTES EN LA POLICLINICA.....	7
4.3.	CONDUCCION DE LAS PACIENTES DURANTE LA INTERNACION.....	8

5.	<u>CRITERIOS PARA LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO</u>	11
5.1.	MOMENTO DE LA INTERRUPCION	11
5.2.	VIA DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO	11
6.	<u>NORMAS DE TRATAMIENTO DE LA DIABETES</u>	12
6.1.	NORMAS GENERALES	12
6.2.	NORMAS ESPECIALES DE TRATAMIENTO	13
7.	<u>LACTANCIA</u>	14
8.	<u>PUERPERIO INMEDIATO</u>	14
9.	<u>AUMENTO DEL INTERVALO INTERGENESICO</u>	14
10.	<u>ATENCION DEL RECIEN NACIDO</u>	14
10.1.	CUIDADOS GENERALES	14
10.2.	ALIMENTACION	15
10.3.	TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES	15
11.	<u>SEGUIMIENTO DE LOS HIJOS DE LAS DIABETICAS</u>	17

1. EQUIPO MEDICO

1.1. INTEGRACION

La responsabilidad directa de la conducción de los casos de diabetes y embarazo quedará a cargo de un Equipo integrado por: diabetólogo, obstetra y neonatólogo, que actuarán como miembros permanentes y deberán tener amplia experiencia en sus respectivas especialidades.

Podrán integrar el equipo en forma temporaria técnicos con menor experiencia:

- Residente de Ginecología
- Neonatólogo en formación
- Internista en formación en diabetología o endocrinología, con la finalidad de adiestrarse y colaborar con los miembros permanentes.

El Equipo actuará como Comité Asesor para la aplicación de nuevas técnicas, planes de investigación o normas de asistencia que pudieran proponerse, y será el responsable de la revisión periódica de éstas.

El Equipo quedará encargado de la vigilancia del cumplimiento de las normas en vigencia y de presentar anualmente a la Dirección una evaluación de los resultados.

Deberá efectuar docencia a nivel de estudiantes de pre y postgrado, así como a nivel del personal de enfermería en los centros donde actúan.

1.2. FUNCIONAMIENTO

El Equipo médico se reunirá una vez por semana para prestar asistencia en Consultorio Externo, a los efectos de detectar, estudiar, controlar y tratar a las pacientes ambulatorias. Sus integrantes pasarán revista a las enfermas internadas y decidirán en forma particular las conductas a seguir.

2. POBLACION A ESTUDIAR

El Equipo estará encargado de estudiar, conducir y definir las conductas en todos los casos de gestantes que presenten:

- Diabetes clínica
- Diabetes latente
- Prediabetes

3. DIAGNOSTICOS A PRECISAR EN LA GESTANTE DIABETICA O PRESUNTAMENTE DIABETICA

3.1. DETECCION DE LA DIABETES

Deberá investigarse la posibilidad de diabetes cuando estén presentes.

3.1.1. Signos clínicos de la enfermedad: polifagia, polidipsia, poliuria, adelgazamiento, infecciones a repetición.

3.1.2. Glucosurias repetidas.

3.1.3. Antecedentes familiares de Diabetes.

3.1.4. Hijos con alto peso para la edad gestacional.

3.1.5. Antecedentes de abortos, partos prematuros o de muertes perinatales de etiología no aclarada.

3.1.6. Antecedente de toxemia y/o de aumento excesivo de peso durante la gestación.

3.1.7. Polihidramnios.

3.1.8. Malformaciones fetales.

3.1.9. Hijos que desarrollaron Síndrome de Dificultad Respiratoria Idiopática.

3.1.10. Obesidad, hipertensión arterial, coronariopatía.

3.2. METODOS DE LABORATORIO A EMPLEAR EN EL RECONOCIMIENTO DE LA DIABETES

3.2.1. Glicemia en ayunas: Son recomendables los métodos de Somogyi, Ortotoluidina y de la Glucosa-oxidasa. No debe utilizarse el método de Solomós por su inexactitud.

Es beneficioso el empleo del método de la glicemia capilar, especialmente en las pacientes internadas para poder obtener un perfil glicémico diario con un mínimo de molestias.

3.2.2. Diabetes clínica: hiperglicemias en ayunas en por lo menos dos oportunidades (valores mayores de 1.10 gramos con los métodos recomendados).

3.2.3. Prueba simple de sobrecarga a la glucosa.

Deberá efectuarse después de tres o más días de régimen libre que incluya más de 300 gramos/día de hidratos de carbono. Se administrará en ayunas por vía oral una solución de 100 gramos de glucosa en 500 mililitros de agua con el agregado de jugo de limón.

Se extraerán muestras de sangre venosa o capilar con esta secuencia: primera muestra en ayunas y las siguientes a los 30, 60 y 120 minutos de la ingestión de la solución de glucosa.

Muestra	1a.	2a.	3a.	4a.
Tiempo en minutos después de ingestión de glucosa	Ayunas 0	30	60	120
Valores máximos (gramos por litro)	1.10	1.70	1.70	1.45

3.2.4. Resultado de las pruebas.

Se clasificará como:

PRUEBA NORMAL: Todos los valores son menores que los límites máximos.

PRUEBA ANORMAL: Un sólo valor mayor que los límites máximos; usualmente en la cuarta muestra.

PRUEBA DIABETICA: Dos o más valores por encima de los límites máximos.

3.3. CLASIFICACION DE LA DIABETES

3.3.1. Prediabetes: Cuando estén presentes los signos señalados en los numerales 3.1.1. y 3.1.10. y los análisis de laboratorio destinados al reconocimiento de la diabetes sean negativos, la paciente será clasificada como Sospechosa de Prediabetes.

La clasificación definitiva de Prediabetes se hará cuando exista herencia bilateral de diabetes, o la paciente sea hermana gemela homocigota de una diabética.

3.3.2. Clasificación de la gravida diabética según P. White, Nelson y Gillespie.

CLASE A: Corresponde a la diabetes latente, es decir, cuando el único signo es una prueba de sobrecarga calificada como "diabetica".

CLASE B: Aparición de la diabetes después de los 20 años de edad; de 0 a 9 años de evolución y sin afectación vascular clínica.

CLASE C: Aparición de la diabetes entre los 10 y 19 años de edad; de 10 a 19 años de evolución y sin afectación vascular clínica.

CLASE D: Aparición de la diabetes antes de los 10 años de edad; de 20 ó más años de evolución y con afectación vascular: retinopatía diabética, vasculopatías, calcificación arterial, etc.

CLASE F: Paciente con nefropatía diabética (albuminuria persistente no atribuible a otra causa, como toxemia, infección urinaria, etc.).

CLASE R: Retinitis proliferante.

3.3.2.1. Procedimiento para la clasificación de P. White: se deben detallar los siguientes elementos:

- Alteración metabólica de los hidratos de carbono.
- Edad en que se hizo el diagnóstico de diabetes.
- Tiempo de evolución de la diabetes (años desde el diagnóstico hasta la actualidad).
- Estudio actual del fondo de ojo, destacando presencia o ausencia de retinopatía diabética y grado de la misma: retinopatía plana o proliferante.
- Exámenes repetidos de orina para detectar albuminuria persistente.
- Estudios vasculares: presencia de angioesclerosis, calcificaciones arteriales, coronariopatía, etc.

3.3.3. Clasificación de Pedersen:

Se detectarán en el embarazo actual, los signos considerados de mal pronóstico por este autor, a saber:

- Acidosis diabética
- Acidosis clínica severa
- Toxemia gravídica
- Pielonefritis clínica
- Negligencia

3.3.3.1. Criterios para la clasificación de Pedersen:

Acidosis química severa o acidosis clínica: disminución de la reserva alcalina a los dos tercios, precoma o coma diabético.

Toxemia gravídica: presencia de dos o los tres síntomas siguientes:

- a) Presión arterial de 140/90 ó más durante tres o más días.
- b) Proteinuria mayor de 0.5 g/l en más de una oportunidad.
- c) Edema moderado o más de 15 kg de incremento en el peso durante el embarazo.

Pielonefritis clínica: dolor lumbar, fiebre, disuria, urocultivo positivo.

Negligencia: gestante psicópata o con escaso entendimiento que no cumple las indicaciones; captación tardía de la paciente, menos de 60 días antes de la fecha probable de parto.

3.3.4. Clasificación final de la diabética embarazada:

Se completará la clasificación de P. White con la de Pedersen, de esta manera cada Clase de la clasificación de P. White quedará subdividida en dos categorías; con y sin Factores de Agravación de Pedersen.

3.4. DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA ASOCIADA CON LA DIABETES

Detectar en particular:

- Infecciones de las vías urinarias
- Neuropatía diabética
- Hipertensión arterial crónica
- Coronariopatías
- Insuficiencia renal clínica o latente
- Otras afecciones médicas o quirúrgicas

3.5. DIAGNOSTICO DE POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LA GESTACION

3.5.1. Descompensación de la diabetes:

- Aumento brusco de los requerimientos de insulina
- Acidosis química (cetonuria)
- Acidosis clínica (deshidratación, vómitos, etc.)
- Hipoglicemias

3.5.2. Alteraciones ovulares:

- Polihidramnios
- Exceso de volumen uterino por aumento de volumen fetal
- Retardo del crecimiento fetal

3.5.3. Afecciones intercurrentes:

- Toxemia gravídica tardía
- Infecciones urinarias
- Tuberculosis
- Otras

4. PROCEDIMIENTOS

4.1. PROCEDIMIENTOS GENERALES

Toda embarazada diabética o con sospecha de diabetes o de prediabetes debe ser dirigida a la Policlínica de Diabetes y Embarazo, a fin de comenzar los estudios y el tratamiento en forma precoz.

La atención comenzará con el llenado en la Policlínica de Diabetes y Embarazo de la Parte Prenatal de una ficha perinatal diseñada especialmente y que se irá completando con los datos de internación, del nacimiento y del neonato.

La embarazada diabética será controlada y asistida en forma ambulatoria en el consultorio especializado, según la clasificación de su diabetes y de acuerdo a las normas que se detallan en 4.5.

Las pacientes serán internadas para su tratamiento siguiendo las directivas especificadas en 4.2. Se indicará también la internación con el fin de completar estudios cuando:

- Se diagnostique cualquiera de las complicaciones señaladas en 3.4., 3.5.1., 3.5.2. o cuando exista un polihidramnios que limite la actividad de la paciente o sea necesario evacuarlo.

- Exista amenaza de aborto, de parto prematuro o rotura prematura de membranas o exista cualquier complicación que signifique riesgo inmediato materno-fetal.

- Asimismo, se internará a las gestantes por períodos de duración variable, para el tratamiento de descontrol metabólicos (ajuste del régimen dietético, terapia insulínica, etc.) y si se considerara necesario para instruir a las pacientes en el conocimiento de su enfermedad y en las técnicas de autocontrol (detección de glucosurias, cuerpos cetónicos, uso de Dextrostix, etc.).

4.2. CONDUCCION DE LAS PACIENTES EN LA POLICLINICA

4.2.1. Prediabetes: a toda gestante considerada como sospechosa de prediabetes se le harán los exámenes destinados a detectar una diabetes latente en el momento de la primera consulta. Si los exámenes fueran negativos, la paciente será dirigida al Consultorio Externo General o de Alto Riesgo según corresponda. La prueba de sobrecarga a la glucosa deberá ser repetida a las 36 ó 37 semanas de amenorrea. La paciente podrá ser citada en forma especial, para nuevas consultas de control en el Consultorio Externo de Diabetes y Embarazo.

4.2.2. Diabetes Clase "A": cuando no exista otra complicación se hará:

- Control en Policlínica cada 3 semanas hasta las 30 semanas; quincenal hasta las 36 semanas y control semanal en adelante. Se solicitará glicemia y orina completa en cada una de las consultas. Se internará a la gestante, cumplida la semana 39 si no inició el trabajo de parto en forma espontánea.

- Se solicitará a la paciente que efectúe diariamente un control de su orina en el domicilio (glucosa y acetona). Cuando estén presentes los Factores de Agravación señalados por Pedersen (3.3.3.) u otras complicaciones, el caso será conducido siguiendo los lineamientos detallados para las diabéticas Clase "B", "C" y "D".

4.2.3. Diabéticas Clase "B", "C" y "D".

Control en Policlínica cada 3 semanas hasta las 24 semanas de amenorrea; cada 2 semanas hasta las 28 y un control semanal hasta la internación. En cada consulta se solicitará glicemia y orina completa.

Deben internarse 2 semanas antes de la fecha programada de interrupción de la gestación. Cuando existan Factores de Agravación serán conducidas como las diabéticas Clases "F" y "R".

4.2.4. Diabéticas Clases "F" y "R".

Idénticos controles que en 4.2.3.

Internación de rutina a las 33-34 semanas.

4.3. CONDUCCION DE LAS PACIENTES DURANTE LA INTERNACION

4.3.1. Generalidades.

Se harán los controles clínicos y de laboratorio correspondientes a la rutina del Servicio para todas las embarazadas.

Detección de posibles focos infecciosos, urinarios, dentarios, cutáneos, etc.

Controles metabólicos conducentes a la normoglicemia:

- Glicemias: seriadas según el caso y de ser posible se hará perfil glicémico diario.

- Determinación de glucosuria y/o cetonuria: antes del desayuno, almuerzo y cena.

- Control de peso corporal: día por medio.

- Electrocardiograma por lo menos una vez durante el embarazo.

- Fondo de ojo: un examen en cada trimestre, salvo indicación especial.

A partir de la Clase "C" y en los casos más graves se harán por lo menos una vez durante la internación los siguientes exámenes:

- Funcionalidad renal: clearance de creatinina, urea y osmolaridad.

- Orina minutada, bacteriuria cuantitativa, urocultivo y antibiograma.

Para estas pruebas la orina se obtendrá sin colocación de sonda vesical. La recolección de la muestra se hará en la mitad de la micción y previa higiene vulvar.

4.3.2. Estudios especiales.

En las pacientes de Clase "B" en adelante y en algunos casos de Clase "A" con factores de agravación se hará:

Ecografía:

a) Para certificar la edad gestacional un control ecográfico entre las 16 y 22 semanas de amenorrea. Durante la internación se repetirá semanalmente con el mismo fin.

b) Para vigilar el crecimiento fetal, se harán controles semanales cuando hayan sospechas razonables de retardo del crecimiento intrauterino.

c) Para localizar la placenta previamente a la amniocentesis con el fin de facilitar la punción.

d) Para diagnosticar tempranamente malformaciones fetales externas groseras.

Si no se dispone de Ecógrafo, la localización placentaria deberá efectuarse mediante radioisótopos, como última elección se hará empleando Rayos X con la técnica para tejidos blandos.

Losificación de Estriol Urinario: en forma de determinaciones seriadas durante la internación y en casos seleccionados.

Estriol plasmático por radio-inmunoanálisis.

Losificación de H.C.S.: en particular durante el primer trimestre y a los efectos de vigilar el crecimiento fetal.

Estudio de la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal (Non stress test) e índice de movimientos fetales diarios: durante la internación de la paciente.

Prueba de tolerancia fetal a las contracciones uterinas (Prueba de Pose):

a) Se hará una prueba semanal con registro continuo de presión amniótica por punción transparieto-abdominal y de frecuencia cardíaca fetal por método externo (ultrasonidos).

b) En todos los casos se harán determinaciones en líquido amniótico para evaluar el grado de maduración fetal.

c) De diagnosticarse placenta anterior, se hará la Prueba de Pose con registro externo de la contractilidad y se proibirá la punción amniótica.

d) Momento de comienzo de las pruebas:

En la Clase "B" se comenzará a las 36 semanas.

En las Clases "C" y "D" se comenzará a las

35 semanas.

En las Clases "F" y "R" se comenzará a

las 34-35 semanas.

Cuando existan Factores de Agravación podrá adelantarse el tiempo para la indicación de la primera prueba.

5. CRITERIOS PARA LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO

5.1. MOMENTO DE LA INTERRUPCION

Como regla general se utilizará el siguiente esquema:

5.1.1. Clase "A" con 40 semanas de amenorrea cumplidas.

Clase "B" con 38 semanas de amenorrea cumplidas.

Clases "C" y "D" con 37-38 semanas de amenorrea cumplidas.

Clases "F" y "R" con 37 semanas de amenorrea cumplidas.

5.1.2. Con la decisión individual se considerarán los elementos indicadores de salud fetal, de la edad y de la maduración así como los resultados del examen clínico y de presencia o ausencia de los Factores de Agravación. La decisión final surgirá de una reunión conjunta del equipo de diabetes y embarazo con los obstetras y neonatólogos de la Clínica Ginecocológica "B".

5.2. VIA DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO

5.2.1. Cesárea, si la prueba de tolerancia fetal a las contracciones es positiva o si existe alguna otra indicación obligatoria de cesárea.

5.2.2. Vía vaginal, si la prueba de tolerancia fetal a las contracciones es negativa y no existe contraindicación precisa de esta vía.

- Inducción, se hará con control monitorizado de la contractilidad uterina y de la frecuencia cardíaca fetal. Se recurrirá a la cesárea si aparecen signos de sufrimiento fetal agudo; o si pasadas dos sesiones de 12 horas cada una con contractilidad tipo parto no se hubieran conseguido modificaciones cervicales ostensibles.

- Inicio espontáneo del parto. Cuando se produjere en la fecha programada para la interrupción, será vigilado y conducido como en párrafo anterior.

6. NORMAS DE TRATAMIENTO DE LA DIABETES

6.1. NORMAS GENERALES

Se ajustará el tratamiento en forma individual para cada caso pudiendo ser:

6.1.1. Régimen dietético (sólo o con fármacos asociados).

La base del tratamiento es llevar los niveles glicémicos de la gestante diabética a como si no fuese diabética. Se deben aportar los nutrientes suficientes para cubrir las necesidades materno-fetales. Un 45-50 % del valor calórico total será suministrado como hidratos de carbono. La ingesta de proteínas será de 1.5 g por kg de peso teórico. El resto será aportado en forma de lípidos. La alimentación se fraccionará en el correr del día en por lo menos 6 ingestas, a fin de evitar períodos prolongados de ayuno. Se recomienda evitar el exceso de cloruro de sodio.

6.1.2. Régimen e hipoglicemiantes orales.

Opcional y del tipo de las sulfonilureas.

6.1.3. Régimen e insulino terapia: (constituye el esquema preferencial).

Diabetes gestacional: Insulina cristalina antes del desayuno, almuerzo o cena adecuada a los controles previos de orina; o bien pequeñas dosis de insulina de tipo intermedio (NPH) antes del desayuno.

Diabetes clínica insulino dependiente: Insulina tipo NPH en 2 dosis diarias: dos terceras partes de la dosis total antes del desayuno y una tercera parte previo a la cena con o sin refuerzo de insulina cristalina antes de las ingestas principales (almuerzo o cena) de acuerdo al resultado del control de orina.

6.1.4. Administración de diuréticos según necesidad.

6.1.5. Vitaminas y minerales.

6.1.6. Reposo (relativo y absoluto).

6.1.7. Apoyo psicológico.

6.1.8. Apoyo social.

6.2. NORMAS ESPECIALES DE TRATAMIENTO

6.2.1. Día de interrupción del embarazo (señalado por el equipo).

Ya sea que la interrupción sea efectuada por inducción o por cesárea electiva, el diabetólogo debe ser avisado con antelación. También debe comunicársele cuando el parto se inicie espontáneamente. Dependiendo de las condiciones previas y de la hora del suceso se harán indicaciones especiales; como regla general:

- Gestantes que reciben insulina: Si la cesárea se programa para la mañana (o se espera que el parto se produzca en esas horas) se indicará la mitad o un tercio de la dosis total diaria de insulina. Se indicará la dosis habitual si la intervención se fija para la tarde o la noche o el parto es esperado en ese tiempo. Luego de administrar la insulina se instalará una venoclisis de solución glucosada al 5 % a un ritmo de 40 gotas por minuto.

- Gestantes que reciben hipoglicemiantes orales: Se suspenderán éstos una semana antes de la interrupción del embarazo. De ser necesario se recurrirá a la insulino-terapia. La instalación o no de la venoclisis con suero glucosado dependerá de los valores de las glicemias maternas.

6.2.2. Durante el trabajo de parto: Mantener la venoclisis de solución glucosada. Se dosificará glucosa en sangre venosa cada 4 horas o con un intervalo menor si hay signos de acidosis metabólica.

Durante la venoclisis no deben alarmar hiperglicemias transitorias de hasta 2.0 g/l que no se acompañen de cetonuria. Si las hiperglicemias son prolongadas es conveniente administrar dosis de 10 a 20 unidades de insulina cristalina que pueden reiterarse según necesidad y de acuerdo a las glicemias de control. En caso de no recibir insulina NPH se inicia el trabajo de parto con suero glucosado e insulina cristalina (suero glucosado al 5 % con el agregado de insulina cristalina 7 a 14 unidades por litro (según los valores de las glucemias) a 50 gotas por minuto).

6.2.3. Post-parto y post-operatorio inmediato:

- Mantener la solución glucosada i/v en las primeras 12 a 24 horas.

- Determinar la glicemia a las 2 horas de finalizada la venoclisis.

- Reajustar la dosis de insulina de acuerdo a determinaciones diarias de la glicemia en ayunas.

Recordar el descenso franco de los requerimientos de insulina en el post-parto inmediato por el peligro de severas hipoglucemias maternas si se mantienen las dosis de insulina previas al parto.

7. LACTANCIA

Salvo contraindicación de orden local o general, no se inhibirá la lactancia.

8. PUERPERIO INMEDIATO

Se efectuarán nuevos controles por citación para el mismo Consultorio Externo de Diabetes y Embarazo.

9. AUMENTO DEL INTERVALO INTERGENESICO

Cuando existan razones de orden médico o por solicitud de la paciente, se interiorizará a la paciente acerca de la ventaja de los métodos de contracepción orientándola hacia la correspondiente policlínica. En casos especiales podrá llevarse a cabo la esterilización quirúrgica (intraceseárea o post-parto), contando con la aprobación escrita de ambos cónyuges y cuando el pasado obstétrico asegure la satisfacción psicológica de la maternidad o bien descarte la posibilidad de llevar un embarazo al límite de la viabilidad o esté comprometida la expectativa de vida de la paciente.

10. ATENCION DEL RECIEN NACIDO

10.1. CUIDADOS GENERALES

10.1.1. Los recién nacidos serán trasladados a la nursery en incubadora.

10.1.2. Serán controlados cada hora los siguientes parámetros:

- Frecuencia respiratoria.

- Frecuencia cardíaca.

- Temperatura cutánea (se utilizará incubadora con servocontrol, de lo contrario se controlará cada hora).

- Observación y registro de movimientos corporales anormales.

- Determinación de la glicemia por microtécnica (ortotoluidina) a las 2, 6, 12, 24 y 48 horas del nacimiento.

- Medidas de pH, pCO₂, pO₂, déficit de base y hematocrito a las 6 y 12 horas.

- Determinación en sangre de la concentración de bilirrubina, calcio, sodio, potasio y magnesio en forma diaria durante los primeros 4 días.

10.1.3. La oxigenoterapia será utilizada si existe dificultad respiratoria.

10.1.4. Los antibióticos no serán empleados de rutina.

10.2. ALIMENTACION

10.2.1. Suero glucosado al 5 %. Se iniciará a las 3 horas de vida y se repetirá a las 3 horas; luego se utilizará la fórmula láctea habitual si hay tolerancia. El volumen será de 65 ml/kg el primer día. Se administrará por biberón o por sonda orogástrica.

10.3. TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES

10.3.1. Hipoglicemia (glicemia menor de 30 mg/100 ml en recién nacidos de término y de 20 mg/100 ml en los de pretérmino).

- Si hay hipoglucemia pero no manifestaciones clínicas se administrarán 65 ml/kg/día de suero glucosado al 10 ó 15 %, por venoclisis y preferentemente utilizando venas periféricas.

- Si la hipoglucemia se acompaña de manifestaciones clínicas (movimientos anormales, convulsiones, apnea, cianosis), se empleará:

. Glucosa. Por vía intravenosa como suero glucosado al 30 %: 2 ml/kg de peso continuado por suero glucosado al 10-15 %.

. En caso de que no se logre corregir la glicemia se utilizarán corticoides.

Hidrocortisona, 10 mg c/6 h por vía intravenosa, seguido de prednisona vía oral que se disminuirá progresivamente de acuerdo a los controles seriados de la glicemia.

. La glucosa intravenosa no podrá ser suspendida hasta que se obtenga una glicemia normal y que esté asegurada la alimentación oral.

10.3.2. Ictericia.

- Fototerapia continúa.
- Exsanguíneo-transfusión en aquellos casos que sea imposible un control por la fototerapia.

10.3.3. Hipocalcemia.

- Se administrará gluconato de calcio al 10 %, de 100 a 200 mg/kg/dosis, diluidos en 10 cc. de solución glucosada al 5 %. La administración se hará por vía intravenosa, lentamente (en 10 minutos) y con control monitorizado del ECG.
- Gluconato de calcio al 5 % (dosis: 0.5 a 1 g/kg/día), en 6 tomas, vía oral, diluido en leche o en solución glucosada al 5 %.

10.3.4. Insuficiencia cardíaca.

- Digitalización - Cedilanid 0.04 mg/kg/día por vía intravenosa. Administrar la mitad inicialmente y la otra mitad repartida en 2 dosis cada 8 horas.
- Furosemide, 1 a 2 mg/kg/dosis, intramuscular o intravenosa, a repetir según la evolución.
- Sangría de 10 ml/kg de peso reponiendo el volumen con solución glucosada al 10 %.

10.3.5. Prematurez.

- Para el cuidado de los prematuros, se seguirán las Normas de Atención de Prematurez.

10.3.6. Síndrome de dificultad respiratoria idiopática.

- Se seguirán las normas correspondientes.

10.3.7. Traumatismos. Se efectuará la atención que corresponda a la naturaleza de los mismos.

- Luxaciones.
- Fracturas.
- Roturas viscerales.
- Hemorragia intracraneana.

11. SEGUIMIENTO DE LOS HIJOS DE LAS DIABÉTICAS

11.1. Los recién nacidos, hijos de madres diabéticas, serán seguidos en la Policlínica de Desarrollo.

11.2. Los controles se harán: al mes de vida, y al cumplir los 4, 8, 18 y 24 meses del nacimiento. Serán citados nuevamente 1 vez por año, hasta los 10 años de edad.

11.3. La primera citación para la Policlínica de Desarrollo, se hará entregando a la madre antes del alta, una tarjeta con la fecha, hora y lugar de la consulta.

11.4. En cada consulta se realizará un examen médico, neurológico y antropométrico. A partir del 40. mes se harán tests psicológicos en cada consulta.

11.5. En forma anual se efectuará examen oftalmológico y otorrinolaringológico.

11.6. Se efectuarán EEG en los tres primeros días, al mes, a los 4 y 8 meses y al cumplir años.

11.7. A partir del primer año, se hará en forma anual determinaciones de glucemia y glucosuria postprandiales, mediante el método de la ortotoluidina.